FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

№. 1881

CONTRIBUȚIUNI

LA STUDIUL

HERNIILOR INGUINALE ALE CAECULUI

TEZA

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

Lucrare prezentată și susținută la 4 [illegible] 1922

DE

HRISTU C. STOESCU

BUCUREȘTI

—

INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „SPERANȚA"
Strada Pătrașcu-Vodă No. 3.
1922

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545818_0056

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

№. 1881

CONTRIBUȚIUNI

LA STUDIUL

HERNIILOR INGUINALE ALE CAECULUI

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

Lucrare prezentată și susținută la..... Decembrie 1922

DE

HRISTU C. STOESCU

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

INSTITUTUL MEDICO FARMACEUTIC
BUCUREȘTI
BIBLIOTECA CENTRALĂ
Invent. Nr. 410 439

BUCUREȘTI

—

INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE „SPERANȚA"
Strada Pătrașcu-Vodă No. 3.
1922

Decan: D-nul Prof. Dr. Ionnescu Thoma

Profesori titulari:

Clinica II-a chirurgicală	D-l Dr.	*Angelescu C.*
Chimia medicală	„ „	*Athanasescu N.*
Clinica chirurgicală infantilă și ortopedie	„ „	*Bălăcescu I.*
Anatomia patologică Bacteriologia și patogia experimentală	„ „	*Babeș V.*
Medicina experimentală	„ „	*Cantacuzino I.*
Clinica Ginecologică	„ „	*Daniel C.*
Clinica a II-a medicală	„ „	*Danielopol D.*
Anatomia topografică II	„ „	*Gerota D.*
Farmacia chimică și galenică	„ „	*Georgescu M.*
Clinica și teoria obstetricală	„ „	*Gheorghiu N.*
Anatomia topografică I Clinica I chirurgicală	„ „	*Ionescu Th.*
Clinica III-a medicală	„	*Ionescu D.*
Clinica III-a chirurgicală	„ „	*Juvara E.*
Clinica boalelor căilor urinare	„ „	*Jianu A.*
Farmacologia și materia medicală	„ „	*Lalu S.*
Clinica boalelor oto-rino-laringologice	„ „	*Mețianu N.*
Clinica boalelor nervoase	„ „	*Marinescu Gh.*
Chimia analitică	„ „	*Minovici Șt.*
Clinica infantilă	„	*Manicatide M.*
Igiena și poliția sanitară	„ „	*Mezicescu D.*
Medicina legală	„ „	*Minovici M.*
Oftalmologia și clinica oftalmologica	„ „	*Manolescu D.*
Clinica I-a medicală	„	*Nanu-Muscel I.*
Clinica dermatologică și sifiligrafică	„ „	*Nicolau Șt.*
Clinica mentală	„ „	*Obrejia Al.*
Fiziologia umană	„ „	*Paulescu N.*
Patologia generală	„ „	*Proca Gh.*
Anatomia descriptivă și embriologia	„ „	*Rainer Fr.*
Zoologia medicală	„ „	*Sihleanu Șt.*
Botanica medicală	„ „	*Solacolu T.*
Patologia medicală	„ „	*Thomescu I. Th.*
Terapeutica experimentală	„ „	*Teohari A.*
Analiza alimentelor și băuturilor	„ „	*Vintilescu I.*

PROFESORI AGREGAȚI:

Istologia normală și Istogeneza	D-l Dr.	*Besnea Șt.*
Medicina operatoare	„ „	*Constantinescu C.*

JURIUL DE PROMOȚIUNE

Președinte, D-nul Prof. Dr. IONESCU TH.

Membrii:	D-l	Prof. agregat	„ CONSTANTINESCU C.
	„	Conferețiar	„ BUTOIANU M.
Suplinitor	„	Docent	„ MARINESCU G.

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului și nu are a exprima, nici aprobare nici dezaprobare.

Memoriei părinților mei

INTRODUCERE

Noile cercetări anatomo-embriologice precum şi intervenţiunile făcute asupra caecului, stabilind în mod sigur şi definitiv raporturile peritoneului pericaecal, au adus deplină lumină în explicarea patogeniei şi mecanismul herniilor caecului.

Mi-am propus de a face o expunere asupra herniilor inguinale ale caecului — varietate care se întâlneşte relativ mai frecventă — pe baza patogeniei şi mecanismului nou, simplu şi raţional, aşa cum este conceput astăzi, prin mobilitatea congenitală a caecului sau intestinului gros şi a observaţiunilor expuse la finele acestei lucrări, arătând în acelaş timp că astăzi nu se mai poate concepe hernii ale caecului cu sac incomplect sau hernii fără sac.

Inainte de a intra în expunerea acestei chestiuni aduc, omagiile şi recunoştinţa mea **D-lui Profesor Doctor Thoma Ionescu,** *care mi-a făcut onoarea de a primi preşidenţia tezei mele inaugurale.*

Aduc stima şi recunoştinţa mea juriului

de promoţiune precum şi D-lor profesori dela Facultatea de Medicină din Bucureşti.

Domnului Medic General Dr. I. Antoniu Inspector al Serviciului Sanitar al Armatei datoresc recunoştinţă şi devotament nemărginit.

Ţin să aduc mulţumirile mele cele mai profunde şi multă recunoştinţă D-lui Medic General Doctor M. Butoianu, medic şef al Spitalului militar „Regina Elisabeta" în al cărui serviciu am făcut lucrarea de faţă precum şi D-lui Medic Căpitan Dr. C. Stoian, medic secundar al serviciului, pentru toată bunăvoinţa ce au arătat, dându-mi îndrumările şi materialul necesar privitor la acest subiect.

Istoricul herniilor inguino-caecale

Cu mult înaintea lui *Scarpa*, chirurgii au găsit în conținutul herniilor, porțiuni de intestin gros, cu deosebire mai frecuent, caecumul. In 1688 *Iohan Otto*, a puncționat caecumul herniat crezând că avea de a face cu un hidrocel. *Jean L. Petit, Arnaud, Chaupart, Desault,* mai târziu *Luschka* și *Lockwood* au făcut cunoscut prin observațiuni incomplecte și izolate, prezența caecului în hernii.

Cel care a căutat să explice mecanismul herniilor caecului—în general a intestinului gros—precum și natura aderențelor de sac care le fac nereductibile, a fost *Scarpa (1808—1809).*

Prin numeroasele cercetări anatomice, Scarpa a avut marele merit de a clasa diferitele varietăți de aderențe ale instestinului cel gros cu sacul herniar în: *„aderențe cărnoase nenaturale"* rezultând din inflamațiuni și *„aderențe cărnoase naturale"* provenind din îndoiturile peritoneului (fascia de alipire după *Lardennoix* și *Okinczyc).* Ele constituesc legăturile naturale ale caecului—în general ale intestinului cel gros—în cavitatea abdominală și cari au fost târâte cu dânsul în burse. Faptul că nimeni până la el nu a căutat să pue în evidență, cauzele aderențelor intestinului cu sacul

herniar şi dorind a rezolva această chestiune, întreprinde numeroase cercetări anatomice, comparând cu atenţie dispoziţia caecului herniat în burse precum şi dispoziţia acestui organ în abdomen, şi stabilind în urmă identitatea acestor două dispoziţiuni.

Descripţiunea lui Scarpa a fost la început contrazisă. Bazându-se pe dispoziţia caecului ;—pe care o susţineau sub-peritoneală în stare normală,—observatorii ulteriori admiteau că, aceste caractere particulare ale sacului peritoneal trebuiau să fie considerate ca regulă. *(Cloquet, Malgaigne, Tenain, Follet).*

Cercetările anatomice a lui *Trèves, Tuffier, Legueu,* şi acele mai recente ale lui *Ancel* şi *Cavaiilon* au arătat dispoziţia peritoneului peri-caecal, confirmând temeinicia vederilor lui Scarpa. In urmă *Leriche* şi *Cavaillon* (1907) atrag atenţiunea asupra teoriilor anatomice existente, asupra peritoneului caecal şi patogenia herniilor acestui organ, explicându-le prin mecanismul alunecării.

G. Lardennoix şi J. Okinczyc (1910) încearcă să ducă la bun sfârşit opera începută înaintea lor, punând în evidenţă mecanismul şi patogenia herniilor caecale printr'o teorie patogenică absolut nouă, originală, simplă, şi raţională, putându-se aplica la toate cazurile şi încercând un tratament operatoriu ideal.

Embriologie şi Anatomie

Nestabilitatea doctrinelor anatomice în ceiace priveşte desvoltarea şi poziţiunile succesive ale caecului la dreapta şi ale colonului ilio-pelvian la stânga, au ţinut în obscuritate mult timp chestiunea herniilor intestinului gros şi în special al caecumului.

Astăzi noţiunile anatomice sunt stabilite: intestinul cel gros primitiv este liber şi mobil ca şi intestinul subţire în cavitatea abdominală. Ca şi intestinul subţire el este acoperit continuu de peritoneu, prezintând un mezenter cu inserţie dorsală şi axială. Mai târziu intestinul cel gros se fixează prin alipirea mezenterului său la peritoneul parietal posterior. Fixarea aceasta este târzie, adesea terminată la naştere şi în totdeauna incomplectă, căci ea nu atinge diverticolul caecal, nici colonul transvers, separat de peritoneul parietal prin duoden, nici colonul iliac foarte lung. In fine ea poate lipsi pentru celelalte porţiuni ale intestinului gros, creând astfel anomalii favorabile producerii herniilor.

Necunoaşterea acestor noţiuni cari par elementare, fac ca să se vorbească încă astăzi, de absenţa mezoului, de intestin sub-peritoneal neacoperit de seroasă şi de *„hernii fără sac“*, eroare ştiinţifică.

Alipirile, cari dintr'o ansă mobilă intestinală, vor face

o ansă fixă, n'ajung să facă să dispară nici odată sau să se rezoarbă vreuna din foiţele seroasei.

Aceste legături subsistă în totdeauna sub formă de *fascie de alipire* şi ca probă de existenţa lor, în totdeauna va fi posibil dedublarea lor, pentru a reconstitui foiţele în integritatea şi imobilitatea lor primitivă. Această deslipire (decolare) a segmentelor fixe ale intestinului este o manoperă astăzi obişnuită chirurgilor. In mecanismul herniilor intestinului gros, *nu va mai fi posibil de a se mai spune de alunecarea sub-peritoneală a intestinului, de dedublarea unui mezo scurt,* întru cât mezenterul intestinului gros este totdeauna foarte lung pentru a permite astfel eşirea intestinului, sau în fine de intestin stând lipit direct de seroasă pe ţesutul celular iliac sau scrotal. Aceste concepţiuni au la bază o eroare ştiinţifică, după cum se susţinea acum 30 de ani concepţiunea embriologică foarte simplă că: 1. tubul intestinal, caecumul şi apendicele se desvoltă dedesubtul seroasei peritoneale parietale; 2. caecumul şi apendicele împingând seroasa, se acoperă şi se coafează cu ea ca şi cu o bonetă; restul, colonul ascendent şi descendent rămânând sub peritoneul parietal. *Această concepţiune eronată* a cărei simplicitate menţiunea succesul, abia astăzi alungată, a contribuit mult la întunecarea patogeniei şi mecanismului herniilor intestinului cel gros şi în particular ale caecumului, întârziind astfel întrebuinţarea metodelor operatorii raţionale.

Partea intestinului care urmează stomahului, alungindu-se mult, descrie pentru motivul acesta un traect sinuos.

De la pilor, intestinul se îndreaptă brusc îndărăt până în apropierea coloanei vertebrale; pe urmă se recur-

beazâ descriind astfel o ansă destul de lunga, al cărei convexitate priveşte în jos şi înainte. Vârful acestei anse intestinale principale se găseşte la nivelul ombilicului. Ea este formată din două ramuri aproape paralele, între cari se întinde mezenterul; una descendent îndreptată în jos şi înainte pe când cealaltă este ascendent îndreptată în sus şi îndărăt.

Ajunsă aproape de coloana vertebrală ramura ascendentă se recurbează brusc şi se continuă cu partea terminală a intestinului şi fixată pe mezenterul său se îndreaptă în linie dreaptă de sus în jos până la anus.

Aorta constitue legătura vasculara a mezenterului intestinal, trimiţând o ramură lungă care pătrunde între cele două lame ale mezenterului comun al ansei intestinale primitive; o ramură mai scurtă se duce în grosimea mezenterului terminal şi de acolo la intestinul terminal.

Trunchiul vascular lung plecat din aortă, dă naştere la mai multe ramuri cari se îndreaptă spre intestin; terminaţiunea acestor ramuri vasculare dispuse în jurul intestinului ca nişte furci, cari unite între ele închid astfel tubul intestinal nu numai într'o îmbrăcăminte seroasă dar, încă într'o reţea arterială de unde nu poate să scape.

In rezumat, de la origine îmbrăcămintea seroasă este completă pentru întregul intestin aşa precum a demonstrat *Domnul Profesor Th. Ionescu.* Menzeterul se continuă în toată înălţimea lui. O porţiune din acest mezenter primitiv alungit până în apropierea ombilicului, formează un sac seros mezenteric, unde se angajează pentru a se acoperi ansa intestinală primitivă şi artera sa, mezenterica superioară. Astfel la oarecare distanţă de vârful ansei intestinale primitive şi a cana-

lului vitelin (viitor diverticul a lui Meckel) care atârnă ansa la ombilic, prin continuitatea sa cu vezicula vitelină, ramura ascendentă a ansei prezintă o ușoară dilatație; aceasta este prima eșire a caecumului.

Din momentul acesta diviziunea este stabilită: I. ramura descendentă în întregime, vârful ansei și porțiunea inițială a ramurei ascendente vor da naștere la intestinul subțire; II. ramura descendentă va forma caecumul și colonul până la unghiul splenic; III, în fine ultima porțiune verticală a intestinului va da naștere la colonul descendent, iliac și rectului.

Începând cu sfârșitul celei de a doua lună, cele două ramuri a ansei intestinale primitive, se lungesc în mod însemnat dar, inegal; intestinul subțire este acela care crește cu mai mare repeziciune. Mezenterul comun încearcă în dreptul marginei sale viscerale influența alungirei acestui segment al ansei intestinale primitive, luând dispoziția unui evantai.

Caecumul, în cursul celei de a III-a luni, capătă un volum oarecare și se mărește în continuu până la sfârșitul vieței intra-uterine.

Apendicele deja vizibil în luna a III-a reprezintă la început, mai mult de jumătatea lungimei totale a diverticolului caeco-apendicular, încetând mai târziu de a se mai desvolta.

Torsiunea intesinului

Torsiunea intestinală începe între a II-a și a III-a lună, care va fixa astfel definitiv diversele segmente ale intestinului în cavitatea abdominală.

După *Toldt*, cauza torsiuuei constă în inegalitatea creșterei în lungime dintre intestinul și trunchiul em-

brionului. Această torsiune se va produce în sens invers ca arătătoarele unui ceasornic, în jurul unui ax arterial, artera mezenterică superioară.

Ansa intestinală primitivă, atrăgând cu sine mezenterul comun care întăreşte cele două ramuri ale sale, se aşează întâi într'un plan horizontal: ramura descendentă la dreapta, ramura ascendentă la stânga, juxtapuse şi paralele; pe urmă greutatea masei intestinului subţire sfârşeşte prin a trage cu el origina intestinului gros, plus axa dorso-ombilicală reprezentată prin artera mezenterică superioară.

Torsiunea astfel preparată la extremitatea acestui ax către rădăcina mezenterului comun, se efectuează realmente întâi la extremitatea ombilicală şi în însuşi orificiul ombilical, unde aderă încă canalul vitelin.

Inelul astfel format necoprinzând la început decât porţiunea terminală a intestinului subţire, caecumul şi origina colonului ascendent, se desface încet, încet, ca şi un nod pe care îl desfacem, către rădăcina dorsală a ansei. Torsiunea se efectuează atunci şi pe colonul ascendent şi pe cel transvers.

In definitiv, ramura ascendentă a ansei intestinale primitive s'a aşezat întâi la stânga, pe urmă deasupra, în fine la dreapta axei mezenterului; pe când ramura descendentă a făcut acelaş drum dar în sens invers.

Deja în cursul celei de a III-a lună, caecumul urmând torsiunea ansei, apare dedesubtul ficatului, la dreapta liniei mediane, de unde va începe scoborârea sa.

Involuţia intestinului

Torsiunea luând sfârşit, începe un fel de acomodare a masei intestinale în cavitatea abdominală, *o involuţie*, după cum o denumeşte *Lardennoix* şi *Okinczyc*,

al cornetului mezenteric întors în jurul său şi al cărui rebort pe marginea liberă este reprezentat prin însuşi traiectul întestinal. Aceasta este o mişcare de spirală care curbează (repliează) foiţele mezenterice, una deasupra alteia, caşi mişcarea ce execută feţele unei foi de hârtie făcând un cornet din ea. Această involuţie orientează către axa cornetului mezenteric întreaga faţa dreaptă a mezenterului comun şi în exterior faţa stângă a aceluiaşi mezenter care alunecă pe peritoneul parietal.

Putem să urmărim această involuţie, luând ca reper caecumul, care alunecă cu mezo-colonul pe peritoneul parietal, pe măsură ce cornetul mezenteric se închide în jurul său.

Ceeace se numeşte scoborârea caecumului, nu este de cât mişcarea unui punct, punctul caecal, solidar la mişcarea generalizată, la întreaga masă intestinală şi mezenterică.

Această involuţie se opreşte în general când caecumul a ajuns la locul pe care trebue să-l ocupe în mod normal în groapa ilică dreaptă.

Dar se întâmplă ca involuţiunea să se prelungească dincolo de timpii şi de limitele normale şi caecumul atras în această involuţie prelungită, va ocupa succesiv partea inferioară a abdomenului, pe urmă pelvisul, în sfârşit însăşi groapa iliacă stângă.

Din contra, involuţia se poate opri în mod prematur şi atunci caecul va fi ectopic aşejat în sus.

Intr'adevăr, oprirea involuţiei înseamnă începutul unei noi serii de fenomene morfogenetice, adică alipiri secundare a peritoneului visceral şi mezenterului la peritonel parietal posterior, fără a se putea spune dacă oprirea involuţiei este aceea care determină alipirile sau acestea din urmă opresc involuţia.

Alipirile secundare ale peritoneului.

Intestinul subţire strâns fiind în centrul cornetului mezenteric, întinde pereţii acestui cornet şi îi aşează pe peritoneul parietal posterior.

Colonul posedă încă în luna a III-a un foarte lung mezenter care pleacă de la peretele abdominal posterior pe linia mediană şi care nu este decât o parte a mezenterului comun.

Dar în marele cornet mezenteric trebue să distingem două segmente încă diferenţiate prin însăşi origina sistemului lor arterial; în centru, la dreapta şi în sus, vechea ansă intestinală primitivă depinzând exslusiv de artera mezenterică superioară; aceasta va fi *„marea ansa mezaraică“* a adultului; la stânga din contra, vechiul intestin terminal, depinzând de artera mezenterică inferioară: aceasta va fi *„mica ansa mezaraică“* a adultului.

Colonul drept

Marea ansă mezaraică este mai liberă şi mai amplă înaintea peritonealui parietal posterior şi a mezo-colonului terminal care este culcat la stânga liniei mediane. Se poate trece liber sub ansa şi mezenterul comun, deasemenea sub artera mezenterica superioară coprinsă între foiţele sale.

Ansa este atinsă pe marginea sa dreaptă de către colonul ascendent, caecul şi de porţiunea terminală a ilionului; pe marginea sa stângă de către jejunul şi ileonul. Un mezenter comun cu două foiţe formează peritoneul visceral al întregii mari anse mezaraice.

Caecumul, diverticul antero-lateral a colonului as-

cendent împinge seroasa viscerală formând pe acest diverticul intestinal, un diverticul seros.

In secțiuni orizontale asupra marei anse mezaraice se poate urmări exact continuitatea absolută a foiței peritoneale, cum formează de o parte și de alta a arterei mezenterice superioare, mezenterul comun și peritoneul visceral al intestinului.

Artera mezenterica superioară cuprinsă în mezenterul comun înoată împreună cu el. Mezenterul iliac și mezocolonul se continuă direct în momentul acesta.

Ansa intestinală complect acoperită de peritoneu, n'ar putea ieși din teaca seroasă decât la nivelul rădăcinei sale primitive, adică în dreptul unghiului splenic a colonului și unghiul duodeno-jujenal (al intestinului primitiv).

In nici o altă parte intestinal nu este deperitonizat, nicăeri numai ia contact cu țesutul celular sub-peritoneal lombar, rămânând totdeauna separat de acest țesut celular prin seroasa sa viscerală și prin peritoneul parietal continuu peste tot.

Atunci mezenterul comun începe a se individualiza într'un mezo-colon drept și mezo-colon stâng. Marea ansă mezaraică se îndoaie pe ea însăși ca și o carte pe care o închidem; dosul cărții ar corespunde arterei mezenterice superioare. Prin acest dos format de foițele mezenterice va începe alipirea *(coalescența)* în lungul liniei arteriale mezenterice superioare. La dreapta și la stânga acestei alipiri liniare, cele două ramuri a marei anse mezaraice înoată încă libere dar, alipite de acum înainte la peritoneul parietal prin rădăcina mezenterică secundară care le imobilizează în parte.

Astfel în stânga acestei rădăcini mezenterice secundare se constitue mezenterul intestinului subțire și la

dreapta rădăcinei, mezenterul ramurei drepte care ia denumirea de acum înaintea de ansă ilio-colică După cum se ştie, jumătatea dreaptă a mezenterului comun, începe la sfârşitul arterei mezenterice, cuprinzând între foiţele sale, nu numai caecumul şi colonul, ci deasemenea şi porţiunea terminală a ilionului ; deci, este mai mult decât un mezo-colon adică, un mezo-ilio-colon. Dar puţin câte puţin această linie de alipire mezenterică se transformă prin extinderea procesului către dreapta, într'o zonă de coalescenţă.

Alipirea merge progresând pas cu pas de la stânga la dreapta şi de sus în jos, fixând mezo-ilio-colonul la peritoneul parietal posterior, putând astfel atinge limitele extreme ale foiţei viscerale a colonului.

Caecumul, adesea prin natura s'a diverticulară, situat în afară zonei atinsă de acest proces, scapă de această alipire şi rămâne liber, amplu în cavitatea peritoneală.

Intr'adevăr caecul nu este decât un simplu diverticul lateral al intestinului alături de continuitatea tubului intestinal şi care în consecinţă trebue să scape în principiu, de la legea coalescenţei căreia i se supune segmentul ilio-colic situat la dreapta mezentericei superioare. Şi cu cât caecul va fi mai lung şi creşterea sa diverticulară mai pronunţată, cu atât va scăpa de la această lege şi va fi mai mobil, pentru faptul că fundul său se îndepărtează din ce în ce de zona normală a coalescenţei. Pe drept cuvânt deci *Tuffier Trèves, Bardeleben, Luschka*, descrie caecumul normal ca liber, mobil şi acoperit în întregime de peritoneu pe ambele feţe.

Prin origina sa diverticulară şi laterală, caecumul se desvoltă în afară zonei de coalescenţă, care nu atinge

decât mezo-ilionul terminal câte odată şi mezo-colonul aproape totdeauna.

Mezo-colonul ascendent urmează imediat mezo-colonului terminal, de altfel fără a fi posibil ai diferenţia nici în origina nici în structura lor.

Situaţia laterală excentrică a caecumului, formată în detrimentul marginei libere a intestinului şi a însăşi foiţei sale anterioare, face ca să nu existe un mezo-caecum propriu zis; astfel că mezo-colonul este acela care îi duce caecumului vasele sale.

Contrar ceeace se întâmplă caecumului, porţiunea terminală a intestinului subţire împărtăseşte soarta ansei ileo-colice căreia aparţine. Ori, mobilitatea acestei anse este foarte variabilă. Alipirea are loc de la stânga la dreapta şi de sus în jos.

Porţiunea terminală a ilionului va fi deci în întinderea ansei ilio-colice ultimul segment care se va alipi; fixarea celor 15 sau 20 centimetri ultimi ai ilionului vor arăta sfârşitul şi maximul posibil al procesului de alipire.

In adevăr, această dispoziţie este aşa de frecventă şi după *Alglave* caecumul s'a întâlnit 21 de ori la 72 cazuri în poziţie iliacă normală. Dar şi mai des încă alipirea nu se întinde aşa departe, rămânând astfel porţiunea terminală a ilionului, mobilă amplă, prinsă orizontal sau oblic descendent la peretele abdominal posterior.

Inălţimea mezo-ilionului terminal, diminuează de altfel totdeauna, începând cu sfârşitul mezentericei până la caecum.

Rădăcina mezenterului, nu este deci în majoritatéa cazurilor după cum spun clasicii, verticală, oblică înclinată de sus în jos şi de la stânga la dreapta.

In realitate este formată din două segmente :

Un segment principal vertical oblic care urmează aproape direcțiunea arterei mezenterice superioare ; și *un al doilea segment terminal care se întinde dela mezenterica până la caecum.* Acest din urmă segment cu o direcțiune aproape *orizontală*, face cu primul segment un unghiu obtus, drept sau ascuțit, deschis la dreapta și al cărui vârf corespunde de obicei la terminațiunea arterei mezenterice superioare. Deschiderea și micșorarea unghiului depinde exclusiv de situația caecumului ; vom avea un unghiu ascuțit când caecumul va fi situat în sus, sau un unghiu obtus dacă va avea o situație joasă. In fine pare că caecumul în ectopie ridicată, favorizează extensiunea maximă a alipirei până la ilion și până la terminațiunea mezentericei ; astfel, ilionul terminal va avea cu atât mai mare șansă de a fi mobil cu cât caecumul va ocupa o situație joasă.

In cazurile acestea punctul cel mai decliv a ansei ilio-colice corespunde exact la vârful marei anse mezaraice, la extremitatea inferioară a rădăcinei mezenterice secundare și care este în acelaș timp, extremitatea inferioră a trunchiului arterei mezenterice superioare.

Dacă această dispoziținne tipică nu este mai frecuentă la adult, aceasta depinde exclusiv de caecumul, care a atras unghiul ilio-caecal la un punct mai jos de cât punctul corespunzând terminațiunei mezenterice superioare. Se produce astfel o rotațiune un jurul unei axe antero-posterioare, trecând prin terminațiunea mezentericei superioare.

Nimic surprinzător deci, găsind ca în cazurile lui

Alglave, caecul mobil, contrar fixării acestei porțiuni terminale a ilionului.

De altfel, este excepțional de a întâlni acolarea ansei ilio-colice, atingând terminațiunea arterei mezenterice superioare de pe ilion. Vârful ansei mezaraice, care corespunde acestei terminațiuni, este amplu în imensa majoritate a cazurllor și mezenterul prezintă la nivelul acesta în totdeauna o înălțime destul de apreciabilă.

In tot timpul acesta, mezenterul intestinului subțire rămâne amplu și tot atât de mobil ca la origină și aceasta în tot timpul vieței; fapt rezultând din causa lungimei intestinului subțire și a mezenterului său care îndoit fiind nu se poate aplica exact pe planul de dedesubt pentru a adera la peritoneul posterior.

Cu cât coalescența va fi mai complectă cu atât ansa ilio-colică va fi mai aderentă, mobilă și fixată; oprirea în alipirile neregulate sunt determinate adesea printr'un exces de lungime a colonului ascendent.

In fine se pare că această alipire își urmează drumul în timpul vieții; ceeace ar reveni ca într'o proporție oarecare, ansa ilio-colică și chiar marea ansă mezaraică poate să rămână mai mult sau mai puțin amplă, mobilă, prin lipsa alipirei.

Ori și cum, în întreaga zonă a coalescenței, nu are loc nici odată o rezorbțiune a seroasei sau dispariția foițelor primitive a peritoneului, ci se formează o fascie de alipire, care va fi posibil de a o dedubla întotdeauna chirurgical, pentru a reda mezo-urilor mobilitatea lor primitivă—fascie numită *a lui Treitz* pentru intestinul subțire și *a lui Toldt* pentru intestinul gros. Deci nu este bine când se spune: *„absența mezo-ului"* căci el există sub forma de alipire mai mult sau mai puțin întinsă.

Colonul tranvers. Se pare că procesul de alipire nu se limitează numai la ansa ilio-colică şi la mezo-colonul ascendent ci se continuă şi la jumătatea dreaptă a colonului transvers şi mezo-ului său (adică la partea colonului transvers, denumită ansa hepato-colică). Jumătatea stângă a colonului transvers (sau ansa gastro-colică) nu se uneşte, rămânând liber şi mobil deasupra masei intestinului subţire.

Colonul stâng (sau mica ansa mezaraică) se aşează la stânga liniei mediane, luând contact cu peritoneul parietal posteror prin faţa stângă a mezo-ului său şi se uneşte astfel de sus în jos şi dinăuntru în afară, adică dela linia mediană spre stânga.

In cazul când colonul stâng este scurt alipirea se face complect şi ansa pelviană a colonului se fixează deasemenea graţie aşezării mezo-ului său pe peritoneul parietal.

Dacă colonul stâng prezintă o lungime exagerată, excesul acestei lungimi se repartizează adesea la porţiunea *ilio-pelviană a colonului*, formându-se astfel o ansă amplă, mobilă şi liberă, care neluând contact direct cu peritoneul parietal va scăpa procesului de alipire, menajând sub ea o fosetă sigmoidă prin lipsa unirei mezenterului terminal pe o porţiune a întinderei sale.

Prin alipire avem atât în stânga ca şi în dreapta, formaţiunea unei fascii de alipire.

In rezumat în perioada ansei intestinale primitive, găsim : un peritoneu visceral complect, mezo-urile lungi şi libere, un intestin amplu şi mobil ; în perioada de alipire găsim : peritoneul visceral încă complect dar mai mult sau mai puţin aderent, mezo-uri persistente dar mai mult sau mai puţin alipite, intestinul mai mult sau mai puţin fixat şi imobilizat.

Anatomia topografică a caecului

I. Situaţiunea şi loja caecală

Caecul este situat în groapa iliacă dreaptă. El ocupă acolo un fel de loje, *loja caecală* ale cărei limite pe suprafaţa exterioară a abdomenului, corespund la limitele regiunii *costo-iliace drepte* şi ale cărei pereţi sunt constituiţi în modul următor; 1. Inainte, peretele abdominal anterior; 2. îndărăt, peretele abdominal posterior; în jos, groapa iliacă internă, care îi formează ca un aşternut.

Această loje, care în afară este închisă prin continuitatea peretelui abdominal anterior cu peretele abdominal pasterior, comunică larg în sus şi înauntru cu cavitatea abdominală propriu zisă şi în jos cu escavaţiunea pelviană. Caecul ocupă în această loje o poziţiune destul de variabilă:

a) Cele mai adeseori, el umple aproape complect loja, îndreptându-se atunci oblic de jos în sus dela stânga la dreapta şi dinainte îndărăt, şi extremitatea sa inferioară sau extremitatea liberă de ordinar recurbată înauntru ajunge până la arcada crurală: este poziţiunea ordinară, ce se întâlneşte cel mai des, putându-se considera ca *poziţiune normală* cel puţin la adult.

b) Uneori, caecul nu ocupă decât partea superioară a lojei. Oblic îndreptat de jos în sus, dinainte îndărăt

i dela dreapta la stânga, el este situat atunci aproape sub ficat şi extremitatea sa liberă rămâne depărtată de arcada femorală cu 6—8 centimetri: este *poziţiunea ridicată.*

c) Alteori, din contra, caecul ocupă partea cu totul inferioară a lojei. In aceste cazuri, el se înclină înauntru şi în jos şi descinde până în escavaţiunea pelviană: este *poziţiunea joasă.* Această situaţiune intra-pelviană nu este permanentă, ea se observă numai dacă băşica urinară şi rectul sunt în stare de vacuitate; dar când aceste organe sunt în stare de plenitudine, ele împing caecul în sus şi-l gonesc din escavaţie.

d) In fine, în câteva cazuri, rare, caecul nu se găseşte conţinut în loje. El ocupă o poziţiune oarecare în abdomen: îndărătul ombilicului, deasupra pubisului şi chiar în fasa iliacă stângă, *poziţiune ectopică a lui Testut şi Iacob.*

II. Mijloace de fixitate.

Caecul este — înconjurat de jur împrejur de peritoneu fiind cu totul liber în loja caecală.

Cu toate acestea el este fixat în două locuri: 1) în sus, la nivelul punctului unde se continuă cu colonul ascendent; 2) în jos şi înăuntru, la nivelul unghiului ileo-caecal.

Este menţinut în sus prin îndoitura peritoneului, care fixează colonul ascendent de peretele abdominal posterior *(ligamentul superior a lui Tuffier)* şi care este origina mezocolonului ascendent; este menţinut în jos şi înăuntru prin inserţia părţii inferioare a mezenterului la groapa iliacă *(ligamentul inferior a lui Tuffier).*

Cu toată prezența acestor două ligamente, caecul se mișcă pe loc cu o mare ușurință.

Așa că cu înlesnire poate să fie tras în afara cavității abdominale în intervențiuni pe regiune *(apendicectomie)*. Pentru același motiv poate să pătrundă într'un traect herniar și să-l întâlnim în sacul herniilor inguinale drepte și mult mai rar în sacul herniilor inguinale stângi.

III. Raporturi

Din punct de vedere al raporturilor sale. caecul ne prezintă de studiat: 1) patru fețe, anterioară, posterioară, internă și externă; 2) două extremități, una superioară, alta inferioară:

a) *Fața anterioară.* Prin fața sa anterioară caecul răspunde peretelui abdominal anterior.

Este în atingere cu el când este distins prin materii fecale sau prin gaze. In stare de vacuitate se desparte de el prin ansele intestinale subțiri.

b) *Fața posterioară.* Fața sa posterioară se razimă pe aponevroza lomba-iliacă, care o desparte de mușchiul psoas iliac. Nu este direct în contact cu această aponevroză, ea este separată de peritoneu care acoperă toată groapa iliacă internă.

c) *Fața externă.* Prin fața sa externă, caecul răspunde mușchiului iliac și părții anterioare a crestei iliace, pe care o încrucișează oblic.

d) *Fața internă.* Caecul prin fața sa internă trece dealungul părții antero-interne a psoasului, care îl separă de escavațiunea pelviană. Răspunde la acest nivel ultimelor circonvoluțiuni ale ileo-jejunului. Segmentul terminal al ileo-jejunului se îndreaptă oblic de la stânga

la dreapta şi puţin de jos în sus. Intâlneşte caecul sub un unghiu, unghiul ileo-caecal, care cele mai adese ori este obtus, în raport cu colonul ascendent (unghiul ileo-caecal superior sau mai bine unghiul ileo-colic) şi ascuţit în raport cu fundul caecului (unghiul ileo caecal inferior).

e) *Extremitatea superioară.* La extremitatea sa superioară, caecul se continuă cu colonul ascendent, fără demarcaţiune exterioară sau interioară.

f) *Extremitatea sa inferioară.* Când caecul este în poziţiune ordinară, extremitatea sa inferioară sau fundul său răspunde la unghiul diedru pe care îl formează, unindu-se unul cu altul, peretele abdominal anterior şi groapa iliacă internă. Când este în poziţiune ridicată, această extremitate inferioară se pune în raport mai mult sau mai puţin imediat cu rinichiul drept şi ficatul.

Când în fine este în poziţiune joasă, intră în contact cu organele conţinute în pelvis.

Constituţiune anatomică.

Caecul este porţiunea iniţială a intestinului gros şi ne prezintă aceeaşi constituţiune anatomică generală ca şi colonul. Este constituit ca şi acesta din urmă din patru tunici concentrice, cari sunt mergând din afară înăuntru: o tunică seroasă, o tunică musculoasă, o tunică celuloasă, o tunică mucoasă. Din aceste patru tunici, peritoneul este singura care afectuează pe caec o dispoziţie specială.

1. *Peritoneul caecal.* Mezenterul la nivelul punctului unde ilionul pătrunde în caec, se desparte în două foi: o foaie anterioară, care se întinde pe faţa anterioară a caecului şi o foaie posterioară care trece pe faţa posterioară a caecului. Aceste două foi, se unesc şi se confundă la nivelul marginei externe a organului. Se unesc deasemenea la nivelul fundului, aşa că ámpula caecala se găseşte acoperită, prin peritoneu de jur împrejur: ea înoată liber în fosa iliacă şi mâna, după comparaţiunea a lui *Tuffier*, poate să o ocolească, precum ocoleşte vârful inimei în pericard.

Astfel este dispoziţiunea peritoneului caecal care trebue să fie considerată ca regulă: se observă de nouă ori pe zece indivizi aproape.

Dar ea nu este constantă şi odată pe zece cazuri în medie se găseşte caecumul mai mult sau mai puţin aderent. La unii indivizi peritoneul formează îndărătul organului o îndoitură mai mult sau mai puţin desvoltată, mezo-caecum, care îl alipeşte de fosa iliacă.

2 *Gropiţele caecale.* Seroasa peritoneală trecând de pe intestinul subţire pe caecum, formează două îndoituri speciale, cari determină aparitiunea a două gropiţe a căror deschizătură priveşte înăuntru: *gropiţa caecală superioară* (*gropiţa ileo-caecală anterioară a profesorului Th. Ionescu limitată* înainte prin plica mezenterico-caecală a prof. Th. Ionescu) şi *gropiţa caecală inferioară* (*foseta ileo-apendiculară a prof. Th. Ionescu*).

Prima ocupă partea antero-superioară a unghiului ileo-caecal şi plica mezenterico-caecală care o delimitează înainte, conţine pe marginea sa liberă artera ileo-caecală anterioară. A doua este situată dedesubtul precedentei, între terminaţiunea ilionului şi baza apen-

dicelui ; îndoitura peritoneală, care contribue cu mezo-apendicele ca să o delimiteze, nu conţine de cât câteva vase fără importanţă.

Independent de aceste două gropiţe şi cari sunt constante, s'a semnalat la partea posterioară şi superioară a caecului, la nivelul punctului unde peritoneul se reflectă de pe fosa iliacă pe acest organ, una sau două gropiţe *neconstante* : acestea sunt *gropiţele retro-caecale*, foarte vizibile când caecul este răsturnat în sus. Aceste *gropiţe* retro-caecale, pe care *Toldt* le atribue unui defect de coalescenţă a mezo-caecului primitiv cu peretele abdominal posterior, au deschizătura lor dirijată în jos.

Intestinul este susceptibil de a pătrunde în cavitatea lor, determinând astfel formaţiunea unei varietăţi foarte rară de *hernie (Rieux)*.

Vase şi nervi

1. *Arterele caecului* provin din artera mezenterică sau ramura descendentă a colicei drepte inferioare şi sunt reprezentate prin următoarele ramuri :

a) artera ileo-caecală anterioară ; *b*) artera ileo-caecală posterioară ; *c*) artera ilială ; *d*) artera apendiculară.

2. *Venele caecului* se aruncă în marea mezaraică.

3. *Limfaticele* se aruncă într'un grup de 5—6 ganglioni ce însoţesc arterele ileo-caecale şi cari înconjoară înainte şi îndărăt partea terminală a ileonului.

4. *Nervii caecului* provin din plexul solar, prin mezenteric superior.

ETIOLOGIE

Frecuenţă, etate, sex.

Clinicește la adult nu dispunem de un mijloc de diagnosticare absolut sigur al herniilor caecului, astfel că trebue să înglobăm până la operație, în această categorie toate herniile reductibile cari nu-și golesc bine conținutul.

La copii, găsim excepțional aderențe deja existente, cari ar reține caecul în sacul herniar.

In schimb herniile strangulate ne pot aduce destule surprize, prin faptul că caecul se lasă a fi încarcerat poate mai ușor. In herniile nestrangulate, reductibile, conținutul rămâne anonim și numai în timpul legăturii sacului găsim câte odată ciucuri epiploici aderenți sau extremitatea apendicelui, dându-ne astfel o indicație asupra conținutului herniar

Statistica (după Lardennoix și Okinczyc) asupra frecuenței herniilor intestinului gros ar fi următoarea: I)-27% din cazuri la copii se va găsi intestinul gros, caecul cel mai des în hernii strangulate; (II-40% din cazuri găsite la sugaci); III-6% și mai mult, la adult, s'a găsit operând o hernie simplă, prezența caecumului.

Frecuența lor maximă la adult, pare a fi între 50-60 de ani. In ceace privește sexul, în majoritatea cazurilor se găsesc la bărbați.

La copii ca și la bărbați, herniile inguino-caecale, provin des din cauza perzistenței canalului vaginoperitoneal care rămâne deschis și ușor de distins.

Din 27 cazuri (după statistica *Lardennoix* și *Okinczyc* luate din serviciul prof. *Hartmann)* 10 sunt femei,

dintre cari 8 cu hernii ombilicale ale caecului şi două cu hernii crurale conţinând colonul pelvian.

Se poate vedea deci, valoarea absolut negativă a ptozei şi a herniilor inguino-caecale zise prin alunecarea caecului.

PATOGENIA

Ipotezele emise: prin alunecare, ptoză, descindere, basculare, deperitonizare, *(Scarpa, Lockwood, Luschka, Felizet, Trèves, Tuffier, Ancel, Cavaillon* şi *Leriche)* drept cauze ordinare ale herniilor inguino-caecale, nu se pot menţine în faţa constatării reale ce ne furnizează embriologia şi anatomia (*Lardennox* şi *Okinczyc*).

Mecanismul herniilor inguino-caecale

Condiţiunile particulare sunt două:

1. Când caecul este în poziţiune joasă, iliacă inferioară cu ligamente lungi şi;

2. Când ansa ileo colică este mobilă şi colonul ascendent neaderent.

In primul caz, foarte rar de altfel, caecul va pătrunde singur în sac, nu va avea nici o tendinţă la alipire şi vom avea astfel hernia caecului cu sac complect.

In al doilea caz, colonul ascendent şi terminaţiunea intestinului subţire vor tinde să pătrundă în sacul herniar după caec, producând asfel primul grad de hernie a ansei ileo-colice (sau hernie complicată a caecului).

Fixarea ansei ileo-colice nu este terminată la naştere, aproape la jumătate din indivizi, ea se complectează în primii ani ai vieţii.

După *Legueu,* vom avea următoarea proporţie găsită la copii între o lună şi 15 ani: 1. în 50% din cazuri partea superioară a colonului este fixă şi partea inferioară mobilă; 2. în 40% din cazuri ansa ileo-colică este complectamente mobilă.

Dacă copilul ar prezenta, începând cu această epocă o predispoziţie la formarea unei hernii, aceasta ar putea conţine ansa ileo-colică cu caecumul şi apendicele într'o proporţie maximă de 45%.

Lannois, în 22 de cazuri ale herniei caecale, găseşte 9 cazuri dela naştere până la un an; 7 cazuri dela un an până la 14 ani şi 6 cazuri numai după 20 de ani.

Frecuenţa herniilor caecale urmează un mers descrescând, comparabil cu mobilitatea descrescândă a ansei ileo-colice.

Cu când individul înaintează în vârstă, cu atât frecuenţa mobilităţii ansei ileo-colice diminuează. Astfel **Ancel şi Cavaillon** găsesc la adulţi 8.5% caeco-colonul mobil; proporţie destul de apreciabilă.

Necesitatea mobilităţii caecului pentru a putea hernia

Patogenia şi mecanismul herniilor inguino-caecale, depinde de noţiunea capitală, atât în hernia intestinului gros cât şi în ceea a intestinului subţire.

Fixitatea primului şi mobilitatea celui de al doilea, nu sunt de cât în aparenţă contradictorii. Condiţiunea

esențială pentru ca o ansă intestinală oarecare să hernieze este : *mobilitatea sa.*

Găsim intestinul subțire în sacul herniar, pentru că este mobil. Din contră, intestinul gros se găsește în sacul herniar ori de câte ori este mobil.

Dacă intestinul gros este fixat normal prin alipirea mezo-ului său și a peritoneului parietal, se va găsi în sac : sau intestinul subțire, sau o porțiune din epiploon sau chiar colonul transvers care rămâne mobil, dar nici odată caecumul.

Dacă caecul (sau colonul ascendent) formează conținutul unei hernii, aceasta provine din faptul că era mobil prin lipsa alipirei. După cum intestinul subțire, normal mobil, este împins în sacul herniar, tot așa și caecul (în general intestinul gros), anormal, mobil, va fi împins în sacul herniar.

Astfel că, la baza patogeniei herniilor caecului găsim : *mobilitatea prealabilă a ansei ileo-colice.*

Dacă în imensa majoritate a cazurilor, se găsește ansa ileo-colică fixată la sac, aceasta depinde că ansa primitivă liberă și mobilă, a găsit în ultimul timp în sac condițiunile favorabile terminărei normale a morfogenezei peritoneale. Hernia este primitivă, acolarea se face secundar.

In rezumat, pentru ca să se producă o hernie a caecului, ar trebui să existe coincidența următoarelor condițiuni esențiale :

1. *Slăbiciunea congenitală sau căpătată a peretelui* ;

2. *Persistența canalului vagino-peritoneal în câteva cazuri ;* 3. *Mobilitate congenitală a caecului, plus influența efortului* în toate cazurile.

Deci singura condiție specială în producerea her-

niilor caecale în general și în special celor înguinale este dispoziția anatomică care apropie intestinul cel gros de cel subțire constând în : ***mobilitate***.

Cazurile sunt ***rare*** când două din condițiunile esențiale s'ar putea reuni, ceeace explică varietatea a herniilor caecului. Fixarea și alipirea caecului, îl prezervă contra oricărei tendinți de a lua parte la o hernie voluminoasă a intestinului subțire sau a epiplonului.

Cauzele mobilității persistente a ansei ileo-colice

Luând în considerație numai herniile adulților, cauza mobilității ansei ileo-colice apare într'adevăr provenind din lungimea excesivă a colonului ascendent, întrucât, lungimea de 29 centimetri găsită la purtătorii herniilor caecului (*Cohan*), față de 19 centimetri în mijlociu a colonului normal, face ca să asigure persistența mobilității, la adult, a ansei ileo-colice anormale și predispoziția ei la hernie din cauza excesului de lungime a colonului.

Progresiunea herniei

Mobilitatea prealabilă a ansei ileo-colice odată admisă, partea care intră întâi în sacul herniar, în imensa majoritate a cazurilor este caecul sau diverticulul caecului, care prin situția sa laterală și ocupând vârful unghiului ileo-colic, va împinge peretele abdominal până ce acest din urmă se va lăsa forțat, caecul formând astfel primul grad de hernie, așa că din punct de vedere patogenic aceste hernii caecale sunt totdeauna ***congenitale***.

Anatomia patologică a herniilor caecului

In ceeace privește sediul, aproape mai totalitatea herniilor caecului sunt constituite prin *hernii inguinale*.

Broca numără 107 cazuri de hernii inguinale drepte ale caecului, pentru 10 hernii crurale caecale drepte.

S'au dat la iveală numeroase observațiuni de hernii inguinale stângi ale caecului. In statistica lui Broca din 99 hernii inguinale stângi, 10 sunt formate din conținutul caecului. *Hedrich* raportează 14 cazuri; *Pujol* (1896) a analizat 20 de cazuri.

Ceeace se constată în cazul unei hernii caecale stângi, nu este o inversiune a viscerilor, ci o mare mobilitate a ansei ilio-colice.

Lardennoiz și Okinczyc, reluând studiul dispoziținei caecului—chestiune foarte mult controversată de autorii clasici—bazați pe cercetări minuțioase anatomice, au descris mai multe tipuri anatomice, care se pot reduce la *trei* și cărora ei le dau o semnificație diferită de aceea admisă până aci.

Aceste trei tipuri sunt:

1. *Caecum mobil*, înconjurat în întregime de peritoneu și liber în abdomen. El apare atârnat la terminațiunea mezenterului primitiv nefixat, ca o ansă de intestin subțire.

2. *Caecum fixat*, în care s'a realizat alipirea peritoneului de pe fața posterioară a caecului cu peritoneul parietal. Această alipire poate să fie mai mult sau mai puțin întinsă.

Câte odată există o pungă retro-caecală foarte pronunțată, alteori abia este schițată și câteodată această

pungă nu există. In acest caz, alipirea foiţelor peritoneale de pe faţa posterioară a caecului este complectă şi poate chiar să se continue pe terminaţiunea intestinului subţire.

Deşi fixat pe faţa sa posterioară, caecul nu este mai puţin intra-peritoneal, în sensul embriologic al cuvântului şi că denumirea de caecum sub-peritoneal—(dispoziţie neexplicabilă prin nimic, după cum spune D-l profesor Th. Ionescu în fascicula „Tube digestif" din Anatomia—Poirer) este *improprie şi consacră o eroare.*

3. *Caecum cu mezo.* Acest mezo nu este un rest embrionar, după cum pretind autorii clasici, ci trebue considerat ca o formaţiune dobândită, compusă din patru foi, ce se pot pune în evidenţă prin disecţiune: două foi din peritoneul parietal şi două care provin din mezenterul comun primitiv. Acest mezo este dobândit prin întindere progresivă şi-l găsim mai cu seamă la adult şi în particular la bătrâni.

Aceste trei tipuri diferite constituesc fazele succesive ale unui proces care începe cu caecum mobil pentru a ajunge la caecum cu mezo.

Pentru a înlesni expunerea anatomo-patologică a herniilor prin mobilitate a caecului vom face trei subdiviziuni descriind: dispoziţia sacului; dispoziţia caecului în hernie şi aderenţele caecului în hernie.

A — *Dispoziţiunea sacului.* In epoca în care caecul era considerat ca fiind acoperit de peritoneu numai pe faţa sa anterioară, se admitea în mod cert că dispoziţiunea sacului nu este aceiaşi care se întâlneşte în celelalte hernii.

De când însă se cunosc variaţiunile în dispoziţia peritoneului peri-caecal, putem explica diversele sale configuraţii în chestia caecului.

In adevăr se pot observa trei dispoziţiuni:

a) *Hernia caecală cu sac neaderentă, (hernii cu sac complect).* Caecul este înconjurat de toate părţile prin foaia peritoneală parietală netedă. El înoată în sac şi des îl vedem reductibil în întregime. Este uşor de întrevăzut că această varietate de hernie coexistă cu un caecum mobil în abdomen.

b) *Hernie caecală cu sac parţial aderentă (hernie cu sac incomplect a autorilor clasici).*

Lardennoix şi Okinczyc, suprimă aci denumirea de sac incomplect, uzitată de autorii vechi, căci ea consacră o eroare.

Din punct de vedere anatomic pur, n'ar putea să existe hernii caecale cu sac incomplect.

Intra peritoneal la începutul formaţiunii sale, caecul rămâne ca atare în tot timpul evoluţiunei sale şi nu ar putea să se separe de învelişul său primitiv. Aspectul foilor peritoneale se schimbă, însă semnificaţiunea lor persistă în întregime.

Sacul prezintă două părţi esenţialmente diferite: una care reproduce zona lor de alipire a caecului şi a mezenterului său prin faţa lor posterioară sau mai bine zis zona de inserţiune a mezo-caecului şi alta care este porţiunea liberă a sacului, în care foiţele peritoneale nelipite, au păstrat aspectul lor. Această parte formează sacul autorilor clasici. El merită această denominaţiune, pentru că se continuă cu cavitatea peritoneală şi posedă un înveliş endotelial însă nu are aceiaşi semnificaţiune, căci este uşor de văzut că nu este format prin invaginaţiunea peritoneului parietal, ca sacul unei hernii banale; el cuprinde o foaie din peritoneul parietal care se juxtapune peste o foaie de peritoneu visceral care acoperă caecul.

Porţiunea alipită a sacului nu are caractere particulare; ea nu se diferenţiază de ţesutul celular vecin.

Porţiunea liberă a sacului, prin aspectul său vădit de seroasă, suprafaţa sa netedă, lesne de recunoscut, merită de a ne reţine, căci întâi pe ea o căutăm în intervenţiuni, pentru a cunoaşte situaţia exactă a caecului. Dimensiunile acestor două porţiuni sunt inverse una, alteia. Porţiunea liberă este para-caecală şi nu peri-caecală; ea prezintă mari variaţiuni de dimensiuni, după sensul înălţimei şi a circonferinţei caecului. După sensul înălţimei, aşa câte odată avem aface cu un simplu diverticul peritoneal, aşezat aproape totdeauna înainte şi înauntru caecului; alte ori este foarte voluminos, întrecând fundul caecului şi conţinând anse intestinale subţiri sau epiploon.

Aceleaşi grade în sensul circonferinţei caecului. Această porţiune liberă a sacului poate să ocupe numai o parte sau totalitatea unei feţe a caecului; câte odată pare că se recurbează pe faţa opusă, îmbrăcişând caecul în întregime.

c) *Hernie caecală cu sac total aderent.* (*Hernia fără sac a autorilor clasici*). Aci alipirea foilor peritoneale care înconjură caecul, există de jur împrejurul herniei.

Tuffier consideră această dispoziţiune ca foarte rară căci un mic diverticul al cavităţii peritoneale există aproape totdeauna spre inelul inguinal şi poate trece nebăgat în seamă.

Baumgartner citează 10 cazuri de asemenea hernii. In aceste condiţiuni caecul pare în întregime descoperit în ţesutul celular, foiţele sale peritoneale alipite, semănând perfect ţesutului celular.

B. — *Dispoziţiunea caecului în hernie.* In herniile,

cu sac neaderent, caecul înoată în interiorul sacului; este de observat că pare alungit şi îndreptat mai mult în jos şi înauntru.

Dacă avem o hernie cu sac parţial sau total aderent: caecumul sau conservă orientaţiunea sa normală, cu extremitatea sa superioară privind spre abdomen şi cu fundul său dirijat în jos; sau fundul său priveşte abdomenul, vârful său dirijat în jos continuându-se cu colonul ascendent, formând adesea un unghiu foarte ascuţit. Lucrurile însă nu se petrec totdeanna astfel. Se găsesc câteva cazuri în cari caecul, deşi păstrează, direcţiunea sa normală, pare a fi efectuat o mişcare de rotaţiune în sensul axului longitudinal, şi se găseşte adus mai mult sau mai puţin înainte; aşa că după inciziunile superficiale se prezintă el cel dintâi prin faţa lui musculară.

Simtome şi diagnostic.

Simptomele herniilor ingnino-caecale sunt:

I. *Simptome fizice. Inceput.* Hernia caecului apare adesea încă de la naştere sau ceva mai târziu prin străbaterea într'un singur timp a canalului vagino-peritoneal.

La adulţi începutul poate fi brusc sau desvoltarea poate fi progresivă; aceasta arată necesitatea mobilităţii persistente a intestinului cel gros, după cum s'a arătat în patogenie.

La inspecţiune, în regiunea inguinală, de obicei vo-

lumul herniei este totdeauna considerabilă. *La sugaci*, tumora adesea are forma ovoidă, de mărimea unui ou sau unei mandarine, care în raport cu talia copilului, este enormă.

La adulți, tumora este de mărimea a doi pumni, cât capul foetal sau cât a unui adult. Forma poate fi ovoidă, piriformă sau câte odată bilobată.

Gâtul (*coletul*) în genere larg și pediculul voluminos.

La palpațiune această tumoră adeseori ne dă senzațiunea unei mase neregulate, păstoase. *(Berger)*, boselată sau câte odată indurații limitate, datorite epiplonului (*Terier, Merigot*) sau boboșări mari (*Scarpa*) tumoră ce este sonoră la percuțiune.

Când este vorba de o hernie nereductibilă sau incomplect reductibilă, cu multă probabilitnte atunci ne indică prezența caecului în sac.

Injecțiunea prin rect cu apă, o mărește și o face mată. S'a văzut hernia crescând în timpul defecațiunei și bolnavii apasă pe tumoră pentru a goni materiile fecale din ea (*Campenou*).

Simptomele funcționale. Când hernia caecului este reductibilă și se menține redusă, simptomele funcționale nu oferă nimic special. Dar când este nereductibilă, simptomele nu lipsesc și se caracterizează prin dureri, colici, greutate la nivelul herniei în timpul mersului, de cele mai multe ori constipație prelungită, întreruptă prin crize de diaree. Starea generală se resimte. Toate aceste simptome sunt mult mai pronunțate în hernia caecului de cât în hernia intestinului subțire, și devin exagerate în afecțiuni respiratorii acute sau cronice.

In cazul când aceste simptome sunt puțin pronunțate, diagnosticul poate fi foarte dificil. *Morestin* (1900,

Congrès international de Médecine) a propus radiografia sau radioscopia în explorarea herniei caecale (în general a intestinului gros) după injecțiuni rectale cu lapte de bismut.

TRATAMENTUL

Tratamentul este numai cel chirurgical, și singurul rațional,—diferă după cum caecul aderă sau nu în hernie.

I. *Herniile neaderente*

În caz de hernii ale caecului neaderente atât la copil cât și la adult, intervențiile sunt identice operațiunilor de hernii ale intestinului subțire.

La copil se operează în general după încercare, la vârsta de doi ani sau mai de vreme dacă este rău suportată.

Adesea diagnosticul nici nu-l facem, dacă se reduce intestinul herniat, decât la deschiderea sacului. Refacerea pereților se face după procedeele preferate de fiecare chirurg. In hernii ale caecului cu colonul ascendent prea lung, se practică *fixarea artificială* în fosa iliacă.

II. *Herniile aderente.*

In caz de hernii aderente, tratamentul este mai complex și necesită manopere prelungite și delicate; este o operațiune serioasă, mai ales dacă hernia este vo-

luminoasă şi foarte puţin reductibilă. Intr'un astfel de caz, înainte de a decide o intervenţiune, trebue să vedem dacă este indicat să intervenim.

Indivizii în vârstă, emfizematoşii, tuberculoşii, diabeticii, se operează cu multă precauţiune sau deloc.

Deasemenea trebue excluşi indivizii purtători de hernii multiple sau a unei hernii care constitue o adevărată monstruozitate.

Tratamentul paliativ, realizat printr'un vast suspensor, care să exercite o compresiune uşoară şi continuă, constitue aci singurul remediu. Operaţiunea trebue practicată ori de câte ori e posibil.

Tratamentul operator al herniilor aderente caecale cuprinde: 1) Ingrijirele preparatorii; 2) principiile generale ale operaţiunei; 3) Tratamentul intestinului redus şi 4) complicaţiunile operatorii

I. *Ingrijirile preparatorii.* Prepararea unui bolnav purtător unei hernii nereductibile este de o importanţă capitală: bolnavul stă pe pat în repaos, şezutul mai ridicat, dietă, purgative repetate cari au de scop de a descongestiona hernia şi abdomenul, înlesnind prin aceasta reducerea. Se va da preferinţă planului uşor înclinat sau chiar poziţia lui Trendelenburg în decursul operaţiunei.

II. *Principiile generale ale operaţiunei.* Rachistricnostovainizarea este de preferat anesteziei cu cloroform, căci evită complicaţiunile pulmonare atât de temute la bătrâni; şi un alt avantagiu preţios al acestei anestezii este că produce *o linişte intestinală* complectă, absolut necesară în hernio-laparotomia. Timpii fundamentali ai operaţiunii sunt ca pentru cura radicală a unei hernii inguinale. Incizia planurilor superficiale va depinde de întinderea tumorii. Dificultăţile de ordin special, se ivesc

în tratamentul sacului şi caecului. Diverşii timpi vor urma astfel :

1. Hernio-laparotomia. Făcând inciziile planurilor ca pentru cura radicală unei hernii inguinale, se degajează sacul aderent la elementele cordonului şi la ţesuturile din prejur şi se procedează la deschiderea lui de jos în sus. In urmă, sub controlul ochiului şi degetului se prelungeşte incizia în sus, a peritoneului parietal. In modul acesta se ivită ori şi ce tendinţă de rănire a caecului aderent.

2. Liberarea caecului aderent. Odată cunoscute; natura, situaţia şi gradul de aderenţă, se procedează la decolarea şi liberarea metodică şi complectă a caecului şi mezo-ului său herniat.

Reducerea caecului. Liberarea caecului odată făcută se va examina cu atenţie dacă nu există vreo alteraţiune din timpul şederei lui în hernie şi în urmă va fi uşor împins în abdomen, mai ales când pacientul este în poziţie înclinată.

4. Fixarea caecului în fosa iliacă. Trebue să imobilizăm caecul sau colonul prin aderare la peritoneul parietal, pentru al pune la adăpostul oricărei recidivi prin fixarea lui la groapa iliacă sau la peretele posterior al abdomenului.

Colopexia posterioară apare deci absolut trebuincioasă. După *Lenormant* (1907), la punctul ales pentru fixarea colonului se rezecă un lambon din peritonul parietal al groapei iliace drepte lung de 10 cm. lat de 5 cm având axul cel mare oblic în sus şi în afară, îndepărtându-se astfel de orificiul herniar.

Se aduce colonul în contact cu această suprafaţa deperitonizată şi se face un prim rând de sutură continuă unind astfel marginea mezenterică a colonului

la buza peritoneală internă a supraţeţei deperitonizate; şi printr'un nou rând de sutură continuă se fixează marginea liberă a colonului la buza externă peritoneală a porţiunei deperitonizate, având grija ca firele să treacă în fascia aliacă. In acest mod se fixează colonul *mobil*, la gropa iliacă, fixă.

Unii autori mai recomandă şi *plicatura transversală* a caecului, între cari citäm pe *V. Pauchet* în Fanţa şi *Prof. Gerotta* la noi.

5. Izolarea şi rezecţia sacului. Izolarea sacului făcută în primul timp, se complectează până deasupra orificiului herniar. In urmă se leagă se rezecă şi bontul se fixează cât mai sus deasupra oblicului mare prin modificarea adusă de *Barker*.

Trebue se ne ferim de a răni elementele cordonului, adesea aderente pe faţa externă sau posterioară a sacului. Câte odată suntem forţaţi din cauza aderenţelor să practicăm rezecţia cordonului sau castraţia unilaterală dreaptă pentru izolarea sacului şi refacerea pereţilor.

6. Refacerea peretelui. Se va închide la urmă plagă hernio-laparotomiei. Cele trei planuri abdominale se vor continua pe regiunea inguinală. Cordonul, dacă este conservat va lua loc între cele două planuri muşchiulare după procedeul lui Bassini sau va fi în contact cu peritoneul după procedeul lui Mugnaï-Wölfler. S'au practicat în unele cazuri mioplastii (Schwartz) autoplastii fibroase (Berger) şi cu toate acestea adesea se capătă impresiunea unei soliditäţi imperfecte.

OBSERVAŢII

Observaţia I. Hernie inguino-scrotală oblică externă a caecului şi apendicelui congenitală.

Sold. D. Gh. reg. 6 art. 21 ani, intră în serviciul I chirurgical, Spitalul Militar „Regina Elisabeta", 2 Noembrie 1922.

In antecedentele hereditare şi personale nimic deosebit.

Afecţiunea pentru care intră în serviciu datează de acum 3 ani, când în urma unui efort a simţit durere în regiunea inguinală dreaptă Zece zile mai târziu observă în această regiune apariţia unei tumefacţii mici cât o nucă, care din zi în zi devenea mai voluminoasă, ajungând la mărimea unei portocale mari şi sfârşind prin a pătrunde în burse, în atingere cu testiculul drept. Tumora de altfel reductibilă, uneori opunea însă oare care rezistenţă la reducere, redevenind reductibilă prin repaus în pat. Bolnavul n'a făcut uz de nici un fel bandaj.

Simptome subiective. Pacientul avea dureri deseori, în dreptul tumorii mai pronunţate în timpul defecaţiei, când tumora creştea în volum. Suferea de constipaţie rebelă.

Examenul local Prezintă în regiunea inguino-scrotală dreaptă o tumoră de mărimea unui pumn, la palpare mai mult sau mai puţin regulată, sonoră la percuţie, reductibilă cu ghiorăituri, în abdomen.

Se constată că orificiul extern al canalului inguinal este lărgit aşa că permite intrarea a trei degete.

La cele mai mici sforţări apare prin acest orificiu tumora, în care timp bolnavul acuză dureri în dreptul ei.

Operaţie. — La 11 Noembrie 1922 făcându-se rachistricnostovainizare se face o incizie ca pentru cura radicală unei hernii inguinală oblică externă dreaptă congenitală.

Se găseşte un sac mare în cea mai mare parte aderent la ţesuturile din prejur, îngreunând astfel degajarea sa. Conţinutul sacului este imposibil de redus din causa aderenţelor pe cari le a contractat în sac caecumul şi apendicele cari se găsesc deschizând sacul de jos în sus. Se face hernio-laparotomie prelungind incizia în sus, se degajează apendicele şi caecul de aderenţe, se face apendicectomie cu înfundarea bontului şi se procedeasă la plicatura tranversală a caecumului. In urmă se leagă sacul, se rezecă porţiunea liberă, bontul sacului fixându-se la peretele abdominal după procedeul Barker.

Se mai face cura radicală de hidrocel cu inversiunea vaginalei Se procedează la refacerea pereţilor după procedeul Wölfler, cordonul fiind lăsat posterior.

Mersul post operator este bun. La 21 XI 922 se scot firele. Reunire per primam, bolnavul pleacă complect vindecat.

Observaţia II. Hernie inguino-scrotală oblică externă dreaptă a caecului.

Orfanul Gh. D. de 12 ani, de la Arsenalul Armatei, intră în serviciu I chirurgical, spitalul „Regina Elisabeta" la 20 Iunie 1922, pentru o tumoră în regiunea inguino-scrotală dreaptă.

Tumora datează de la vârsta de un an şi jumătate, din cauza plânsului, după câte îi-şi aminteşte din cele relatate de părinţii lui La început tumora avea mărimea unei nuci în dreptul regiunei inguinale, dar crescând treptat s'a scoborât şi în burse.

Examenul local. In regiunea inguino-scrotală dreaptă, bolnavul prezintă o tumoră de mărimea unei portocale, moale la palpaţie şi nedureroasă, sonoră la percuţie, reductibilă cu ghiorăituri. Orificiul extern al canalului inguinal mult mărit.

Operaţie. La 2 Iulie 1922, sub rachistricno-stovainizare se face cura radicală de hernie inguinală oblică externă. Se disecă sacul herniar găsindu-se în interiorul său caecumul şi apendicele aderent de fundul sacului. Se impune hernio-laparotomia, eliberând de aderenţe caecumul, se face apendicectomie subseroasă şi colopexia posterioară.

Se procedează la refacerea pereţilor după procedeul Bassini. Reunire per primam. La 20 Iulie 1922 pacientul este vindecat.

Observaţia III. Hernie inguino—scrotală dreaptă oblică externă cu aderenţa caecului şi apendicelui.

Sold. P. P. din depozitul central Mogoşoaia, trimes în serviciul I Chirurgical, spitalul „Regina Elisabeta" pentru o tumoră în regiunea inguino-scrotală dreaptă.

Nimic important ca antecedente hereditare şi personale.

Acum doi ani, ridicând o greutate, a simţit în regiunea inguinală dreaptă, o mare durere şi a observat

apariţia unei tumori de mărimea unei mandarine, care a crescut treptat, lăsându-se în burse.

Examenul local. In regiunea inguino-scrotală dreaptă se observă o tumoră de mărimea a doi pumni, moale şi nedureroasă la palpare, mată la percuţie. Tumoarea este reductibilă, dar incoercibilă.

Orificiul extern al canalului inguinal foarte lărgit, permiţând introducerea cu uşurinţă a policelui cu primele două degete.

Operaţie. — La 24 August 1922, sub rachistricnostovainizare, se face o incizie ca pentru cura radicală a herniei, se disecă un sac care este foarte îngroşat.

La deschiderea sacului, se găseşte aderent apendicele şi caecumul pe peretele extern.

Se procedează la hernio-laparotomie excizându-se peretele extern al sacului şi se face peritonizarea caecului după procedeul Gosset. In urmă se procedează la apendicectomie. Se leagă şi se taie sacul, fixându l prin manopera lui *Barker.*

Reconstituirea pereţilor se face după procedeul *Bassini.* La 5 Septembrie 1922 se scot firele. Reunire per primam, bolnavul se concediază vindecat.

Observaţia IV. Hernie inguino-scrotală oblică externă dreaptă a caecului şi apendicelui.

Sold. B. A. reg. 1 C. F. este trimes la spitalul Militar „Regina Elisabeta" serviciul I Chirurgical pentru o tumoră în regiunea inguino-scrotală dreaptă.

Tumora datează din copilărie, provenită în urma unei sforţări.

Examenul local. Pacientul prezintă o tumoră de mărimea unui pumn, în regiunea inguino-scrotală dreaptă, dureroasă la palpare, reductibilă, mată la percuţie. In timpul mersului şi la efort bolnavul simte dureri în acea regiune.

Operaţie. La 23 Mai 1922 se face rachistricnostovainizare şi se procedează ca pentru cura radicală de hernie inguinală oblică externă dreaptă.

Se găseşte un sac mare, conţinând un apendice lung de 10 centimetri, cu caecumul şi ciucuri epiploice ade-

rente la sac. Se eliberează apendicele şi ciucurii epiploici, după ce se măreşte incizia procedându-se la hernio-laparotomie; se face apendicectomie şi se refac pereţii prin procedeul *Bassini* cu manopera lui *Barker*. Se scot firele la 2 Iunie, Reunire per primam. Bolnavul iese vindecat la 4 Iunie 1922.

Observaţia V. Hernie inguino-scrotală dreaptă a caecului şi apendicelui.

Sold. M. L. reg. 9 Vânători trimes la serviciul I Chirurgical din spitalul militar „Regina Elisabeta" pentru o tumoră în regiunea inguino-scrotală dreaptă.

Bolnav de 5 ani, când în urma unei ridicături a simţit durere în regiunea inguinală dreaptă. Câteva zile în urmă i-a apărut o tumoare de mărimea unei nuci, care s'a mărit din zi în zi.

Pe măsură ce creştea tumoarea, se lăsa în scrotul drept, producându-i la cea mai mică sforţare dureri cari se calmau stând în pat.

La examenul local se constată în regiunea inguino-scrotală dreaptă o tumoră de mărimea a doi pumni, care se măreşte după umblet sau sforţări, ajungând la mărimea unui cap de făt.

In mers şi la palpare, tumora este dureroasă, globuloasă, moale, complect reductibilă.

La percuţie sonoră. Orificiul extern al canalului inguinal este foarte mult lărgit.

Operaţie.—La 26 Mai 1922 i se face rachistricnostovainizare şi se inciseasă ca pentru cură radicală de hernie inguinală oblică externă dreaptă. Se dă de un sac lung şi gros. La deschiderea lui se găseşte caecumul şi apendicele mărit de volum, presentând aderenţe lungi. Se procedeasă la hernio-laparotomie prin prelungirea incisiei în sus şi desfăcându-se aderenţele se face apendicectomie subseroasă.

Se refac pereţii prin procedeul *Bassini* modificat, cu manopera *Barker*. Reunire per priman scoţându-se firele la 4 Iunie. Bolnavul iese vindecat la 7 Iunie 1922.

CONCLUZIUNI

1. Herniile caecale sunt congenitale.
2. Herniile caecale fără sac nu există.
3. Sacul herniilor caecale este totdeauna un sac complect constituit de peritoneul parietal liber sau aderent, dar absolut continuu.
4. Mecanismul herniilor caecale nu se poate explica decât printr'o mobilitate persistentă a caecumului sau intestinului gros în general.
5. Aderenţele cărnoase naturale sunt aderenţe ontogenice cari se fac în abdomen şi sunt în totdeauna secundare producerei herniei.
6. Tratamentul herniilor caecale este hernio-laparotomia cu fixarea colonului ascendent sau a caecumului.

Văzută şi bună de imprimat:

Preşedintele Tezei
Prof. Dr. Thoma Ionnescu

Decanul Facultăţii
Prof. Dr. Thoma Ionnescu

Pe lângă subiectul tezei candidatul este dator a răspunde la orice chestiune medicală ce i s'ar pune de către juriul examinator.

BIBLIOGRAFIE

Scarpa, Traité des hernies, 1812.

Testut et Iacob, Traité d'anatomie topographique avec applications médico-chirurgicales.

Trèves, Hernies du caecum (Britisch. méd, Journ. 1887, vol. I, p 382).

Tuffier, Hernies du caecum (Arch. gen. de méd., 1887 t. I, p. 641).

Vesigue, Hernies de l'appendice et du caecum, Thèse de Paris 1902—1903.

Broca, Soc. anat., Paris, 1891, p. 547

Koch, Du mode de production des hernies du gros intestin, (Thèse de Dorpat, 1899).

Savariaud, Cure radicale des hernies par glissement (Congr. de chir, 1901, p, 575).

Lockwood, Hernies congénit. du caecum. Méd chir. vol. I—XIX p. 506.

Jean-Louis Petit, Hernies du gros intestin, 4e édit. 1790 t. II, p. 352.

Anderson, Trois cas de hernies inguinale sans sac (Britisch méd, Journ., 1885, vol. II p. 967).

M. Jaboulay et M. Patel. Hernies in Nouveau traité de chirurgie publié sous la direction de A Le Dentu et Pierre Delbet.

Ionnesco, Th., Tube digestif in traité d'anatomie humaine de Poirier et Charpy.

Baumgartner, Les hernies par glissement du gros intestin, Thèse de Paris, 1904—1905.

Hartmann, Causes rares d'irréductibilité des hernies (France méd., 1887, p. 307)

Legueu, Situation du caecum chez l'enfant (Soc., anat, 1892).

Pujol, Hernies inguinale gauche du caecum (Gaz. des hôp., 1896, p. 112).

Labadie-Lagrave, Hernies par glissement, Thèse Paris, 1903—06).

Leriche et Cavaillon, Mécanisme et Pathogénie des hernies du caecum, Sem. Méd, 20 Mars, 1907.

Lardennois et Okinczyc, Étude sur les hernies du gros intestin, Paris, 1910

TIPOGRAFIA
„SPERANȚA"
BUCUREȘTI